Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 966 de 2012

COMISIÓN DE USUARIOS DE ASSE (HOSPITAL DE COLONIA)
ver exposición

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY
ver exposición

A.MI.SE.U. (ORANIZACIÓN DE PERSONAS CON VIH)
ver exposición

Delegaciones

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 20 de marzo de 2012**

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Daniel Radío.

MIEMBROS: Señores Representantes Daniel Bianchi, Antonio Chiesa Bruno, Berta Sanseverino y Álvaro Vega Llanes.

INVITADOS: Por la Comisión de Usuarios de ASSE, Hospital de Colonia, señoras Lyshie Werosch y Amelia Conti.

Por el Sindicato Médico del uruguay, doctora Graciela Fernández y señor Martín Odriozola; y economista Luis Lazarov.

Por AMISEU, señor Pablo Nalerio y señora Paula Braga.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Habiendo número, está abierta la reunión.

El primer punto del orden del día refiere a la elección de Vicepresidente, pero como todavía no hay ninguna propuesta en ese sentido vamos a postergar su consideración para la próxima sesión.

Pasamos a recibir a las delegaciones previstas para el día de hoy.

(Ingresan a Sala representantes de la Comisión de Usuarios de ASSE del Hospital de Colonia)

—— La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a las señoras Lyshie Werosch y Amelia Conti, representantes de la Comisión de Usuarios de ASSE del Hospital de Colonia. Tuvimos oportunidad de hablar con ellas antes del receso parlamentario, en una circunstancia informal, y en aquella instancia acordamos que concurrirían a la Comisión.

SEÑORA WEROSCH.- Soy integrante de la Comisión de usuarios de ASSE del Hospital de Colonia y también del Consejo Consultivo del Hospital.

El tema que nos ocupa y que realmente nos preocupa es el del nuevo Hospital de Colonia. Venimos a plantearles cuál es la situación actual, sobre la que ya hablamos con los señores legisladores en ocasión de que nos recibieran en el despacho del señor Diputado Bianchi.

Con respecto al Hospital debemos decir que enfrentamos diversas problemáticas. Una de ellas tiene que ver con que hace años que se prometió hacer un nuevo hospital, se colocó la piedra fundamental, se hizo todo el proyecto, se presentaron diapositivas, hasta nombre se le puso a las salas, se juntaron firmas y una cantidad de cosas más. Tenemos documentación sobre todas las actividades que se han hecho en pro del Hospital de Colonia y se la vamos a dejar.

En el pasado período de Gobierno se planteó que se haría un hospital regional con 120 camas, que ocuparía un predio importante, el cual fue expropiado con ese fin por la Intendencia de Colonia. La idea era tener el hospital en ese predio. Nos habían dicho que en el Presupuesto Quinquenal se había votado una partida presupuestal para este y otros tres hospitales más, pero eso no apareció. El año pasado, en oportunidad de la Rendición de Cuentas, ASSE se reunió con la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social y solicitó $ 80:000.000 para iniciar la obra del Hospital, pero ese monto no fue votado en la Comisión de Diputados. El tema estuvo en la Comisión de Salud Pública y, según figura en el acta que nos acercó el señor Diputado Bianchi con la información que recabó, en realidad los que votaron afirmativamente fueron los Diputados del Partido Nacional; el resto votó por la negativa.

¿Por qué votaron negativamente? Eso es lo que quisiera saber toda la ciudad de Colonia, porque el tema del Hospital es muy complicado. El viejo Hospital de Colonia tiene cien años -hace pocos días ASSE lo mandó tasar; después vamos a mostrar algunas fotografías y a explicar cuál es su situación actual-; es el hospital más viejo y el que está en peores condiciones en todo el país. Se atienden allí veinte mil personas o más, dependiendo de la población flotante. Toda la población de Colonia piensa que se le está tomando el pelo, que los viejos nunca van a ver el nuevo hospital. Son tantas las problemáticas que se generan dificultades en los usuarios. No hay consultorios para los médicos, no hay médicos y la enfermería funciona para una cantidad de cosas a la vez.

Nuestra visita tiene varios objetivos. Uno es averiguar si en alguna oportunidad, en este o en otro período, existió un presupuesto específicamente para el Hospital de Colonia, porque en una oportunidad dijeron que lo había para los Hospitales de Santa Lucía y de Colonia y para el Maciel, pero nosotros no lo encontramos en ningún documento.

El año pasado me reuní con uno de los Directores de ASSE, junto con el señor Diputado Perrachón y con la Directora del Hospital. El doctor Britos nos explicó que ellos no tenían presupuesto específico para el Hospital de Colonia, que disponían de un presupuesto de $ 330:000.000 anuales, del que pensaban sacar dinero para iniciar las obras del Hospital de Colonia. Agregó que necesitaban $ 80:000.000 para iniciar las obras, porque no pueden hacer el convenio de traspaso de todo o parte del Hospital viejo a la Intendencia ni del terreno a favor de ASSE en virtud de que no hay fecha de inicio de las obras y, por lo tanto, tampoco hay fecha de finalización. Este es el primer inconveniente.

A pesar de que el terreno fue expropiado por el proyecto del hospital y alguna otra actividad, a esta altura la Intendencia le está planteando a algunos grupos de vivienda -complejos habitacionales, cooperativas, etcétera- la posibilidad de cederles parte del predio. Este es un segundo problema.

También queremos saber si en esta Comisión se puede considerar con ASSE la forma de conseguir el dinero y así presentar la propuesta en la próxima Rendición de Cuentas. Nos referimos a los $ 80:000.000 necesarios

para el inicio de la obra.

Por otro lado, queremos invitarlos a que vayan al Hospital de Colonia para que vean ustedes mismo en qué condiciones se encuentra actualmente. Quizás, entre todos podamos llegar a alguna solución para este problema, porque la situación es bastante grave.

El Hospital no es solo para Colonia; está planteado como un centro regional que abarca a cuatro departamentos y cuenta con un helipuerto que complementa todo el circuito nacional.

Este es el resumen de la situación. Reitero que soy usuaria y que integro el Consejo Consultivo del Hospital. Nos estamos moviendo con ASSE, a nivel de las Intendencias, del Parlamento y en todos los ámbitos posibles para ver si logramos salir de esta apatía que hay con respecto al inicio de esta obra.

El año pasado, cuando estuve en ASSE, plantearon que en el primer semestre de 2012 se podría hacer un pliego de licitación en base a lo que pudieran conseguir. En aquel momento, explicaron que ASSE no podía pedir préstamos o créditos porque es una repartición nueva del Estado. Algo de eso nos plantearon; no recuerdo bien cómo era la explicación. Nos dijeron que estaban en ese proceso. Agregaron que a principios de este año saldrían los pliegos de licitación para la obra y que a mediados de año comenzarían con lo que pudieran, pero hasta ahora no ha habido novedades.

Este es el planteo en general. Mi compañera les va a plantear cuál es la situación actual del Hospital.

SEÑOR BIANCHI.- Suscribo todo lo que ha desarrollado la señora Werosch, pero hay algunas cosas que puntualizar.

En lo que tiene que ver con la visita de la Comisión, es algo que ya planteamos el año pasado y estamos tratando de organizarnos para concretar la reunión con la Directora. Seguramente después de Semana de Turismo vamos a estar por allá, porque creo que es bueno que quienes no conozcan la situación puedan apreciarla, más allá de que van a mostrarnos fotos.

En cuanto al presupuesto que se ha mencionado tengo que decir que, en realidad, nunca existió un presupuesto determinado para el Hospital de Colonia. Hubo un monto global que aparentemente iba a ser destinado a los hospitales que mencionó la señora Werosch, pero nunca se dijo que sería específicamente para el de Colonia. Por lo tanto, eso no se puede asegurar.

También se dijo que en la Rendición de Cuentas se había votado algo por parte del Partido Nacional. Eso es inexacto, porque las Rendiciones de Cuentas las manda el Partido de Gobierno; la potestad en cuanto a los gastos la tiene el Poder Ejecutivo, que es el ordenador del gasto y el que envía la Rendición de Cuentas. Pero en la Rendición de Cuentas nunca se incluyó un gasto específico para el Hospital de Colonia. Por lo tanto, no sé de dónde salió que el Partido Nacional votó afirmativamente el gasto, si este nunca fue enviado por parte del Poder Ejecutivo.

(Interrupción de la señora Werosch)

—— En la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social no se vota eso.

(Diálogos)

SEÑOR CHIESA BRUNO.- En la Rendición de Cuentas pasada, ASSE mandó un articulado diferente al que había remitido el Poder Ejecutivo. En el artículo 31 del proyecto de ASSE se incluían créditos para la construcción del Hospital de Colonia. Esto fue tratado en la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda, no en la de Salud Pública y Asistencia Social.

En esa instancia en la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda fue que se votó.

(Diálogos)

—— ASSE pedía una partida de $ 80:000.000 para comenzar las obras. El costo final del hospital se establecía en $ 360:000.000, y a uno le quedaba la duda acerca de dónde estaba la diferencia. Estamos hablando de una diferencia de $ 280:000.000 para la finalización de la obra. Yo he tratado de buscar información a través de ASSE, pero no he podido hallarla. Al día de hoy, tengo la impresión de que todo está a fojas cero. Por eso me preocupa que la Comisión retome el tema y consiga una opinión oficial de parte de ASSE en cuanto a qué está pensando a este respecto y cuál es el objetivo futuro.

Estamos hablando de que en noviembre de 2009 se firmó el acuerdo entre ASSE y la Intendencia: eso muestran los trascendidos de prensa que tengo aquí. Se habla de las autoridades del Centro Departamental de Colonia y de las de ASSE. También se dice que se presentó el proyecto arquitectónico del nuevo hospital departamental, en una ceremonia que tuvo lugar en el Centro de Unión Cosmopolita de la ciudad de Colonia. Eso es lo que dice la prensa. Más cercano en el tiempo, el domingo 22 de mayo de 2011 se informa que el entonces Ministro Daniel Olesker comprometió recursos para el nuevo Hospital de Colonia y dijo que había una decisión presupuestal de comenzar con esta obra. Repito que esta noticia data del 22 de mayo de 2011.

No sabemos en qué quedó todo esto. Creo que sería bueno que la Comisión pidiera información directamente a ASSE, a efectos de poder darle a la delegación una respuesta concreta.

SEÑOR BIANCHI.- Recuerdo que lo que sucedió fue que en la Rendición de Cuentas el Poder Ejecutivo envió un Mensaje y ASSE otro que tenía un costo mucho más elevado e incluía el pedido de dos mil funcionarios. Como consecuencia de ese encontronazo fue que se le pidió la renuncia al doctor Córdoba, se removió a otras autoridades, etcétera. O sea que, en realidad, el Ministerio de Economía y Finanzas y el de Salud Pública no tenían esa intención. Fue ASSE la que envió ese presupuesto, pero era algo que entró por la ventana -digámoslo así- y desencadenó un problema en el Partido de Gobierno. En definitiva, en concreto no hubo nada de eso, fue un planteo algo fantasioso que vino por el lado de ASSE.

Lo que puede hacer esta Comisión es convocar a las autoridades de ASSE, no solo para considerar este tema -porque tenemos otro más sobre el que hablar-, a efectos de ver realmente en qué estamos en cuanto a la construcción del hospital. Todo lo que la señora Werosch explicó es lo que ha pasado. Conocemos la necesidad; el problema del terreno, que está en riesgo de perderse, la situación del hospital actual y todo lo demás.

Insisto: creo que el camino es convocar a las autoridades de ASSE para que nos den una respuesta.

SEÑORA CONTI.- Voy a tratar de ser breve, aunque es difícil serlo al hablar de la situación del Hospital de Colonia.

Como dijo la señora Lyshie, esta institución tiene cien años y sirve a veinte mil personas. Además, es la sede de referencia de Colonia. Esto significa que lo que no se puede solucionar en el resto del departamento se resuelve en la ciudad de Colonia, en el Hospital.

Las internaciones generales se realizan en dos pabellones de dieciséis camas cada uno; varios de los Diputados que están en esta Sala son médicos y saben a qué época se remontan. Concretamente, uno de ellos es la sala de mujeres y, el otro, la de hombres. En estas salas, al igual que en el resto del Hospital, hay humedad en el techo y en las paredes; la ventilación existente es a través de dos banderolas.

Las camas están separadas por cortinas de tela; hay una cada dos camas. Además, el espacio entre ambas es sumamente pequeño; solo cabe una silla para cada acompañante.

En la sala de mujeres hay una especie de cajonera con dieciséis lugares para colocar las pertenencias de los pacientes, que mide aproximadamente treinta centímetros, por treinta y cinco centímetros por treinta centímetros.

En la sala de hombres no hay cajonera, solo existen algunos muebles a modo de mesa de luz y están en muy mal estado.

En el medio del pasillo se amontonan sillas, sillas de ruedas, andadores, muletas, etcétera. Cabe acotar que el Hospital no tiene ni un solo espacio para colocar todos estos instrumentos

Tampoco hay un vestuario para los funcionarios. Entonces, el personal anda en moto por toda la ciudad con el uniforme, hace las compras, va a la feria y, después, va a al Hospital y atiende a los pacientes. Esto lo digo con propiedad porque yo soy enfermera.

Cada pabellón tiene un baño.

En determinado momento, se hizo una reforma, porque los techos eran muy altos, a la antigua, y se les puso un contratecho. En el primer piso se instaló la Administración y otras dependencias. Esto permitió ganar espacio, pero los pabellones quedaron con muy poca ventilación. En las fotos que estamos exhibiendo pueden apreciar las condiciones en las que se encuentran. Además, les vamos a dejar una cantidad de fotos impresas que hemos traído, y si ustedes van a visitar el lugar, lo van a poder corroborar personalmente.

Lo que no se puede apreciar en las fotos impresas ni en la pantalla es el olor que hay en las salas, que proviene de los baños. Los encargados del mantenimiento del Hospital han estudiado varias veces este problema y dicen que es imposible eliminarlo por el estado en que están todas las cañerías sanitarias del edificio.

Tampoco puede verse que el baño de hombres es totalmente ciego; no tiene absolutamente ninguna ventilación. Lo único que tiene es la puerta de entrada. El extractor que se ve en algunas fotos fue puesto después de que hicieron la reforma. Cuando bajaron los techos pusieron un extractor, ahí perdido en un rincón.

Según lo manifestado por los integrantes de la enfermería, es sumamente difícil o imposible maniobrar en los baños una silla de ruedas, un andador o una persona con muletas. Téngase en cuenta, además, que en el baño de mujeres la puerta choca contra el lavatorio, por lo que no abre en toda su extensión, cosa que agrava el problema.

Sin ser profesionales médicos o paramédicos podemos decir que una limpieza a fondo y correcta de estas salas y baños es prácticamente imposible. Según nos explicaron los técnicos en el Consejo Consultivo, esta situación se da de narices con cualquier recomendación de un Comité de infecciones.

Huelga decir que allí van a parar todos los adultos con las más diversas patologías, cualquiera sea la gravedad de los casos. ¿Por qué? Porque solo hay una habitación de aislamiento que, además, está en las mismas condiciones que las salas generales. Es más: su situación es peor porque está alejada, en la punta de un corredor. Está lejos de la enfermería, de la puerta, de la emergencia. Parece que la mandaron al final del corredor para que se perdiera.

La maternidad tiene siete camas. En la imagen que estamos proyectando se puede ver el baño de las puérperas; esa fotografía impacta a cualquier persona que sepa algo de enfermería y de medicina. En las siguientes imágenes pueden ver la sala de parto, y aquí está la calefacción de esa sala: una estufa a cuarzo. Obviamente que en invierno está todo el día prendida, porque si no, la sala está fría para el momento de parto. Vemos también el baño de las enfermeras, la enfermería de la maternidad y el corredor hacia la maternidad.

Esta otra foto muestra el vestuario de las enfermeras. No se sabe bien si tiene que salir una pierna con una media o qué; disculpen la expresión, pero es lo único que cabe.

Como decía, la maternidad tiene siete camas. En una sala hay cuatro, en otra, dos camas y un baño, y en otra, una cama y un baño. Hay una sala de preparto que tiene un baño, pero no se puede usar porque se inunda, se tapa y no se puede arreglar, con la problemática que eso acarrea.

La sala de pediatría tiene diez camas y algunas cunas. Esta sala fue refaccionada hace algunos años por la Comisión de Apoyo y quedó bastante bien. Sin embargo, la reforma trajo algunos problemas. Cuando los obreros clavaban un clavo en una pared salía agua, aunque no se sabía de dónde, porque no había caño roto. Además, eso generó humedad en el piso de abajo, que corresponde a la sala de partos.

No conozco nada de aspectos edilicios, pero las personas que han trabajado allí nos han manifestado que este edificio ya no admite más clavos ni reformas.

También se nos ha dicho que para instalar el nuevo aparato de Rayos X -que es de última generación- será necesaria otra reforma. Los arquitectos de ASSE planifican eliminar el baño de la sala de hombres y reubicarlo en otro lado. No nos da la imaginación para ubicarlo en otro espacio a menos que sea colgado de las banderolas, pero, como dijimos, no somos técnicos ni mucho menos.

También aquí los problemas de humedad y los defectos de construcción son evidentes. Basta con decir que a fines de setiembre del año pasado cayó un buen pedazo de mampostería arriba de una camilla; por suerte no había personal ni pacientes y no rompió el aparato de rayos.

El lavadero está en un patio interior del edificio -las fotos son bien explicativas-, sin comunicación protegida con el resto del Hospital. Llueva o no llueva, sea invierno o verano, los trabajadores tienen que atravesar un patio que, además, está en bastante malas condiciones. Las máquinas son viejas, con instalaciones eléctricas muy precarias, al igual que la entrada y salida de agua desde y hacia las máquinas. Los cables de electricidad se cruzan con las cañerías de agua y los desagües. Ahí trabajan dos viejos y queridos funcionarios del hospital que tratan de cumplir con la demanda de ropa limpia en tiempo y forma.

La policlínica es un estrecho corredor con asientos para "muy sanos" -como digo yo-, porque hay que estar sentado en una tablita y recostado a la pared, con ventiladores de techo, con escasa luz natural y sin calefacción en invierno, al que confluyen los consultorios que son de las más diversas formas y están en los más diversos estados.

Por supuesto que los consultorios no son suficientes para las consultas del día. Entonces, Enfermería tiene que hacer maravillas para transformar un consultorio de cardiología en uno de oftalmología o traumatología en cinco minutos, porque enseguida empieza la consulta. No se pueden dejar determinados consultorios equipados, con el material y la documentación que se necesita porque no hay consultorios suficientes. Y eso teniendo en cuenta que ni siquiera están todos los especialistas. Quiere decir que el problema se agravaría aún más si estuviesen todos.

En la pantalla podemos ver la sala de espera de la policlínica.

La enfermería de la policlínica es una especie de depósito; ahí está todo. Y se hace tanto un inyectable, como un enema, una curación infestada o una curación limpia. Está la canilla, el escritorio, el lavatorio, un mueble con medicina y materiales. Tiene dos puertas, y entonces pasa toda la gente; falta que pase el quiosquero. Ahí se trabaja. Tengo que agregar que no existen para los médicos enfermerías sucias en todo el hospital. Yo diría que las limpias tampoco, porque hacen de todo allí.

Según se nos informa en el Consejo Consultivo, el laboratorio está fuera de la reglamentación vigente, entre otras cosas, en materia de espacio y de distribución de máquinas y técnicos. Desconocemos el tema; simplemente repetimos lo que se nos dijo en el Consejo Consultivo.

Ahora en la pantalla podemos ver la enfermería de la policlínica. Como pueden observar, hay de todo un poco, pero cuando uno va hasta el lugar el panorama es todavía peor.

Ahí hay que atender a veinte mil personas.

No recuerdo si fue el señor Diputado Bianchi o algún otro Diputado que dijo que en el Presupuesto no se había aprobado en forma clara el presupuesto para la construcción del Hospital de Colonia. En determinado momento se nos informó por parte de ASSE que se había votado una partida para los Hospitales de Colonia, Santa Lucía y de Pando. No sabemos qué parte le tocaba a Colonia, pero algo le debía tocar. Bajé de Internet la parte referida a la salud de las dos leyes de Presupuesto correspondientes a los períodos 2005-2009 y 2010-2014, y no encontré nada, pero como no conozco el idioma parlamentario, las traje para que alguien me las explicara.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a complementar la información que se había brindado antes. La reivindicación presupuestaria que hizo ASSE fue distinta a la del Ministerio de Salud Pública. Inclusive, esto provocó algunas determinaciones políticas notorias, como fue, por ejemplo, entre otras

cosas, la caída del Presidente de ASSE. Más allá del voto a favor que tuvo el presupuesto para el Hospital de Colonia por parte del Partido Nacional no fue acompañado, en mi opinión -no quiero usar un calificativo-, porque ASSE planteaba pedir para todo. Por ejemplo, se pidió la contratación de tres mil personas. El planteo presupuestario de ASSE no fue acompañado por la mayoría del Cuerpo en su conjunto, independiente de que algunos puntos concretos hubiesen sido pertinentes.

Nosotros ya teníamos una visión preliminar del planteo que hizo la señora Conti antes del receso parlamentario. Me parece que el planteo es atendible y de suma seriedad. En ese sentido, nos comprometemos a visitar el Hospital de Colonia y, además -esto ya lo habíamos conversado hace un par de sesiones-, previamente, a recibir a las autoridades de ASSE, de manera de tener alguna información con respecto a lo que está haciendo en este tema. Seguramente en los primeros días después de Semana Santa recibiremos a las autoridades de ASSE y luego, cuando visitemos Colonia, tendremos información para brindar.

SEÑORA WEROSCH.- Nosotros entregamos a la Comisión un "racconto" de todas las actividades. Nos tomamos el trabajo de hacer una crónica, año a año, mes por mes, en la que registramos quiénes estuvieron de visita en Colonia y qué fue lo que anunciaron. A pesar de no haberse aprobado el Presupuesto de $ 40:000.000, en Colonia se salió a la prensa a decir que el Hospital se iba a hacer.

Uno de los problemas que tenemos es que nadie nos dice la verdad de lo que está pasando. En todos lados nos dicen cosas distintas: las autoridades de ASSE, la Directora, los Diputados. Lo que pretendemos es buscar la documentación necesaria y poder decir a la población algo cierto.

Por otro lado, está la presión de la Intendencia por el terreno. Ayer estuve reunida con el Secretario General de la Intendencia por el tema de cooperativas de viviendas, quien volvió a decirme que estaba esperando que el Estado uruguayo y ASSE le informaran cuándo y cuánto terreno se iba a utilizar para el Hospital. De lo contrario, sería destinado a otra cosa.

Lo que pretendemos no es solo concretar algo sino que nos den información cierta, concreta y entendible para la población.

El señor Presidente se refirió al tema de los funcionarios. Yo le puedo asegurar que en Colonia si un urólogo sale de licencia, todo el departamento queda sin la posibilidad de atenderse. No hay oftalmólogo y las policlínicas de Colonia -las famosas RAP, que son el primer nivel de atención- son de la comunidad, a partir de obras de asociaciones, y no se puede conseguir ni siquiera que le den extensión de horario a los médicos o enfermeros que trabajan en el hospital. Ya no tenemos dónde atendernos. Ese es el problema, porque ni el edificio del hospital ni las policlínicas son suficientes. Esa es la situación real y concreta de los usuarios por lo que nos decidimos emprender este proceso.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión toma nota del planteo y lo asumimos con total seriedad. Entendemos la urgencia del mismo y nos comprometemos a recibir a las autoridades, a trasladar este planteo y a visitar el Hospital con la información que recabemos.

Les agradecemos la visita.

(Se retira de Sala una delegación de la Comisión de Usuarios de ASSE del Hospital de Colonia)

(Ingresa a Sala una delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

—— La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación del Sindicato Médico del Uruguay, integrada por la doctora Graciela Fernández, el doctor Martín Odriozola y el economista Luis Lazarov. A raíz de una asamblea general extraordinaria de la institución, se resolvió solicitar una entrevista, para lo que se nos cursó una nota fechada en diciembre. A efectos de que hagan sus planteos, les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR ODRIOZOLA.- Muchas gracias por recibirnos.

El motivo de nuestra solicitud en diciembre era para explicar nuestra situación de conflicto con ASSE. Vamos a dar una breve información al respecto porque hoy día hay hechos de pública notoriedad que han cobrado mayor relevancia y queremos aprovechar esta instancia en ese sentido.

En realidad, con respecto a ese tema, se siguen manteniendo reuniones bipartitas con ASSE. Se ha hecho una agenda que contempla el abordaje de la situación planteada por el sindicato, que está centrada sobre todo en el incumplimiento de un convenio que previamente -hace más de un año- firmara ASSE con el Sindicato Médico del Uruguay y con la FEMI. Vale la pena recordar que, en aquella oportunidad, el Sindicato Médico participó de una larga etapa de negociación, carente de total conflictividad, porque se basó en que uno de los pilares que uno esperaba de ese convenio era realizar cambios en la modalidad de trabajo médico que fueran sustentables en el tiempo, que aportaran al cambio de modelo y de sistema de trabajo de los médicos, que llevara a la concentración laboral y a corregir déficit de recursos humanos. Tan es así que, de alguna manera, se postergaron reclamos salariales. Concluido ese período, no se cumplió con eso. Pasó todo un año y ustedes están más al tanto que yo de la larga negociación que se dio, la discusión en el Parlamento y los rubros que fueron votados por ustedes para que se vertieran a ASSE. Sin embargo, estando los rubros, no se cumplió. Eso llevó a una situación de reclamo por incumplimiento y a que se volcara en el seno de la asamblea una serie de puntos más vinculados a disconformidad con la calidad de la asistencia que se presta en muchos centros, el déficit de medicamentos, la falta de pediatras en puerta y una serie de situaciones puntuales que hacen al mal trabajo del médico que, además, se encuentra no apoyado, no continentado y poco estimulado en cuanto a la pertenencia a la institución, elemento clave para hacer de ASSE la piedra angular que todos queremos dentro del sistema.

Queremos dejar al menos planteado que desde que se hizo este pedido hasta ahora hubo cambio de autoridades: un nuevo Vicepresidente y cambios gerenciales. Por lo tanto, tenemos expectativa de que lo que se plantea como vía de solución, se concrete. A la fecha, tenemos por delante una asamblea y se evaluarán los logros alcanzados y la situación en la que estamos.

Independientemente de eso -los colegas van a aportar con mucha más propiedad de qué se trata el incumplimiento y el resto de los planteos que recoge la asamblea-, el Sindicato Médico trató de alejar la mira, superando los problemas transitorios, para buscar soluciones concertadas que les conciernen a ustedes específicamente porque se inició la búsqueda de un gran acuerdo que permita lograr los apoyos que faciliten la gobernabilidad de ASSE, tomando como modelo lo que fue el acuerdo de la enseñanza. Es así que en una recorrida molestamos a muchos de ustedes. Estuvimos en contacto con algunos de ustedes; podría mencionar a los Diputados Chiesa Bruno, Bianchi y Radío. Fuimos recorriendo las distintas bancadas y fuimos recibidos por el Partido Independiente, el Partido Nacional, el Partido Colorado y el Presidente del Frente Amplio.

Este planteo fue recogido en esta carpeta que vamos a dejar en la bancada de cada uno de ustedes y busca recoger un gran acuerdo para que ASSE supere los déficit estructurales que hoy tiene y garantice la gobernabilidad que necesita para seguir adelante.

Para quienes no conocen el documento, aborda además el tema de una reestructura, con una descentralización importante, que entendemos capital, sobre todo en los momentos de diseñar los mecanismos de complementación, sobre todo en el interior y que mantenga la ventaja de una macroestructura a los efectos de su negociación a escala -por ejemplo, en la compra de insumos y medicamentos-, pero que tenga un funcionamiento regionalizado que permita una mejor dinámica sobre los servicios específicos, los recursos humanos y complementaciones de servicios.

También recoge la propuesta de concentración del trabajo, lo que hemos llevado tanto al ámbito público como privado, tratando de que sea uno de los pilares para que en el futuro no tengamos multiempleo ni la distorsión que hoy tiene la asistencia, entendiendo que corregimos parte de las causas del multiempleo. Esto erradica la inestabilidad laboral -lo que entendemos que está bastante más corregida-, las diferencias salariales -que entendemos que estamos tendiendo a corregir mediante la aspiración de un laudo único- y las variables que se puedan cobrar como forma de estímulo. Además, todo esto permitirá en el futuro la fidelización del médico con su empresa para evitar lo que hoy tenemos como multiempleo. Más allá de eso, aprovechamos la oportunidad para decir que esta entrevista nos encuentra en un momento muy particular en cuanto a la opinión pública sobre la salud nacional y en cuanto a la confiabilidad del usuario en el sistema asistencial.

Al respecto, queremos trasmitirles lo que hemos dicho a los medios y a cada uno de los actores -autoridades de los servicios, médicos de los servicios, autoridades de las instituciones públicas y privadas, autoridades nacionales y a la opinión pública- y es que nosotros estamos para colaborar en todo lo que sea necesario para la mejor investigación y esclarecimiento de todo. Creemos que esto va a ser imprescindible para que la población despeje todas las fantasías que tiene y, de esta forma, devolver al sistema de salud la confianza que entendemos que necesita y que queremos que se le dé. De la misma manera, esperamos que la clase política tome la misma actitud, llevando este tema a un punto de equilibrio en el cual, si bien se contempla el mejor funcionamiento de un sistema y los derechos de los usuarios, no se haga de esto algo que alimente la fantasía y los miedos de la gente.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿En qué etapa se encuentra el conflicto SMU-ASSE?

SEÑOR ODRIOZOLA.- El conflicto ha recorrido varias asambleas por parte de los médicos y cabe destacar que hoy tenemos una nueva sesión.

Como decíamos el conflicto tiene varios actores, de los cuales el principal es ASSE que es con quien hemos mantenido la situación de incumplimiento más importante y una cantidad de ingredientes más que preocupan, pero también eran actores iniciales el incumplimiento del sector mutual en la aplicación de un cambio que introdujo el Sindicato Médico del Uruguay, que fue acordado por las empresas, como es pasar a aumentar el tiempo de consulta, es decir, bajar el número de pacientes-hora, que entendemos que también es un aporte estructural ya que la dedicación al paciente sería mejor. En ese caso, también sería mejor la calidad de atención al paciente y se tendería a disminuir la medicina defensiva y la mala calidad de atención.

Al respecto, podemos decir que la mayoría de las instituciones no están aplicando este acuerdo y las que lo hacían liquidaban mal los sueldos. Esto fue denunciado ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con el que se realizó un nuevo convenio que hoy, en principio, se está aplicando.

Otro de los temas son las situaciones puntuales de los médicos en el BPS y en el Ministerio de Transporte y Obras Públicas, que se están negociando con los respectivos actores y el otro grupo era la situación de los médicos que trabajan en el Ministerio de Salud Pública, no en ASSE, que luego de la descentralización de ASSE su salario nunca fue compensando, como en ASSE y han quedado realmente sumergidos. Esto conlleva una injusticia para con los colegas y el gran problema con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que no puede retener sus recursos humanos especializados que se van para el sector privado, como está sucediendo. En esa área hemos encontrado una muy buena disposición por parte de las autoridades y mecanismos de solución que se están empezando a afinar con el apoyo de la OPP y tenemos esperanza de que en poco tiempo se resuelva, tanto lo de los colegas que dependen del Rubro 0, como los que dependen de la Comisión de Apoyo. Reitero: estamos encontrando mecanismos, por lo que consideramos que hubo avances en este tema.

Por tanto, la situación del conflicto es esa y la asamblea tiene planteadas algunas medidas. Entre ellas se encuentra un paro para dentro de cuarenta y ocho horas que está a resolución de la asamblea de hoy.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, la situación de conflicto no era solamente con ASSE.

SEÑOR ODRIOZOLA.- Cuando surgió era con todos los actores. Hoy podemos decir que en el sector mutual, en gran parte está superada y, en el Ministerio de Salud Pública está encaminada.

SEÑORA FERNÁNDEZ.- Básicamente, con ASSE los problemas son de dos grandes tipos.

Uno tiene que ver con el cumplimiento de situaciones acordadas en el año 2010 que para su efectivización dependían de que se instrumentaran determinadas medidas porque, básicamente, eran rubros que tenían una contrapartida en el trabajo médico, es decir que formaban parte de un componente variable ya que el médico lo percibía en tanto se cumplieran determinadas prestaciones que había que establecer. Esta instrumentación fue muy complicada, muy trabajosa y, de hecho, hoy todavía estamos trabajando en ella. En definitiva, eso ha hecho que los rubros que fueron asignados en el Presupuesto para determinadas contraprestaciones todavía no se han hecho efectivos.

Entonces, por un lado, el reclamo de la asamblea es el cumplimiento y que se pueda cerrar ese acuerdo al que había que dar forma y lograr que se efectivizara y, por otro, cuestiones que trascienden al acuerdo firmado y que tienen que ver con cosas generales. Me refiero, por ejemplo, al pago de la nocturnidad en ASSE que se percibe por un monto muy pequeño del salario, que se llama básico, en ese recibo que tiene un montón de renglones y que es muy difícil de entender, y no por un porcentaje del salario entero como debería ser. Ese es un reclamo de la asamblea y se está negociando para que se haga efectivo y no se trata solamente de un reclamo del cuerpo médico.

Asimismo, hay cuestiones que tienen que ver con mejoras salariales para aquellos médicos que no estaba previsto que percibieran aumento por ninguno de estos componentes variables acordados en el año 2010. Básicamente, esas son las líneas de trabajo que tenemos con ASSE con relación a las remuneraciones.

Además, hay un gran capítulo que empezó en el año 2010, que tiene una proyección de futuro importante y que es un elemento a largo plazo. Me refiero al diseño de lo que llamamos cargos de alta dedicación -como comentaba recién el doctor Odriozola- que son aquellos que tienden a que el médico esté más tiempo en la institución -esto no se aplicaría solamente a ASSE, sino también al sector privado- a que tenga mayor dedicación, más tiempo dentro de la institución para los pacientes y para cuestiones asistenciales y no asistenciales, directas, que tienen vinculación con la institución y con su trabajo dentro de ella. Esas son, básicamente, las líneas de reclamo de la Asamblea y los temas en los que estamos trabajando.

SEÑOR VEGA LLANES.- En realidad, ese es un tema que también me preocupa, más allá de compartir lo que viene planteando el Sindicado Médico; además, creo que hay cierto grado de acuerdo con la FEMI. De todos modos, hemos comprobado -además de todo lo que está pasando- que los médicos no cumplen el horario; ha sido muy difícil lograr que vayan a trabajar -esa es la verdad-, y me parecería bueno que esto también estuviera dentro de los temas del conflicto.

SEÑORA FERNÁNDEZ.- Yo creo que ASSE, como cualquier otra institución, debería utilizar todos los mecanismos administrativos disponibles para hacer cumplir el horario, como así también todo lo que sus funcionarios médicos y no médicos deban realizar. Desde ese punto de vista, nosotros en ningún momento le salimos al cruce a alguna situación que pudiera representar una sanción por un desvío de las normas de funcionamiento, ya sea en ASSE o en cualquier otro lado. Por tanto, entiendo que el señor Diputado Vega Llanes tiene razón, e insisto en que ASSE debería tener y utilizar mecanismos administrativos para resolver ese problema. Por supuesto, nosotros vamos a trabajar junto a ASSE para que no se produzcan desvíos desde ese punto de vista.

También quiero referirme a otro tema relativo a la Asamblea y a este largo periplo que venimos teniendo con ASSE. Me refiero a la presupuestación de las Comisiones de Apoyo y Patronato del Psicópata, que también nos está dando un enorme trabajo. En realidad, se ha presupuestado a una mínima cantidad de colegas y los resultados de dicha presupuestación han sido muy malos, ya que las remuneraciones han bajado sustancialmente, lo cual se ha vinculado a errores de liquidación y de cálculo. Sabemos que ese tipo de cosas son difíciles, pero consideramos que deberían estar previstas y que ASSE debería contar con los mecanismos administrativos adecuados para que no sucedieran. Por tanto, ese es otro tema que nos viene dando mucho trabajo y que estamos analizando conjuntamente con los cuerpos de ASSE. De todos modos, el hecho concreto es que hasta ahora no se ha podido cumplir en forma adecuada.

SEÑOR ODRIOZOLA.- El Sindicato Médico nunca va a estar de acuerdo con que los médicos no cumplan con su horario ni va a amparar esas situaciones; lo que estamos reclamando en este momento es que se cumpla el convenio para poder, a su vez, cumplir con la contraparte. Lo que sucede es que hasta ahora no se han generado las oportunidades para cubrir esos cargos. Es más: somos celosos custodios de que todo el personal de ASSE -médico y no médico- cumpla con los horarios.

SEÑORA SANSEVERINO.- Quería referirme a los acontecimientos que se sucedieron esta semana, lo cual fue mencionado por el doctor Odriozola. En realidad, es una noticia removedora, la cual está circulando por todo el mundo, por Internet y CNN.

Quisiera decir que valoramos las palabras del doctor Odriozola y que las acompañamos. Consideramos que en este momento debemos tener en cuenta la gran riqueza y la fortaleza de nuestro sistema de salud, de sus

equipos médicos y sus instituciones. De todos modos, debemos analizar, con el sistema político, la mejor manera de investigar y salir bien de esta situación.

En ese sentido, queremos informarles que el jueves por la tarde las Comisiones de Salud Pública de la Cámara de Representantes y del Senado recibirán en forma conjunta al señor Ministro de Salud Pública y a su equipo. Sabemos que su reflexión seria y responsable, como así también la del sistema político, son fundamentales para que la ciudadanía, que está muy consternada por estos hechos, confíe en el servicio de salud, el cual se ha ganado la confianza histórica de la población.

SEÑOR PRESIDENTE.- Queremos informar a los miembros de la delegación que dentro de algunos días recibiremos en la Comisión a las autoridades de ASSE. Si bien fueron convocadas para hablar de otro tema, podremos trasladarles las inquietudes que planteó el ejecutivo del Sindicato en cuanto al cumplimiento del convenio y a la situación en general.

Con respecto al planteo de fondo que realizó el Sindicato Médico -el cual fue realizado en las bancadas de los distintos partidos políticos- quiero manifestar mi total acuerdo. Si bien tengo algunos puntos divergentes con el Sindicado en cuanto a otros temas sobre los que se ha peleado en los últimos tiempos, en esta oportunidad quiero señalar y destacar el estilo responsable y serio que ha tenido en todos estos asuntos. Me parece que en el Uruguay contemporáneo eso no abunda y me parece muy bien que sea así.

Por otro lado, cuando nos enteramos de los hechos que son de pública notoriedad, tratamos de obtener información de primera mano. En ese sentido, el señor Diputado Chiesa Bruno, inmediatamente, presentó una nota sugiriendo la convocatoria al señor Ministro de Salud Pública a la Comisión, por lo que hicimos los contactos pertinentes con la Comisión de Salud Pública del Senado a fin de recibirlo en forma conjunta.

Más allá de algunos apoyos o condenas, sorpresivamente a priori, nosotros preferimos escuchar de primera mano la palabra de las autoridades y después deslindar o identificar responsabilidades, ya sean de tipo administrativo, funcionarial o políticas.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradece la visita de las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay.

(Se retira de Sala la delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay, AMISEU)

—— La Comisión tiene el gusto de recibir al Director Ejecutivo de la Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay, señor Pablo Nalerio y a la señora Paula Braga.

SEÑOR NALERIO.- En esta oportunidad me acompaña la señora Paula Braga, una de las voluntarias de la institución.

Para vuestro conocimiento, AMISEU es una organización coordinada y fundada a iniciativa de un grupo de personas que convivimos con el VIH SIDA y que trabaja desde el año 2005.

El motivo de la solicitud de esta entrevista es presentarles la situación respecto al otorgamiento y renovación de las pensiones por discapacidad que perciben las personas con VIH, pues se está generando una serie de situaciones problemáticas ya sea a la hora de tramitarla o de realizar las renovaciones.

Quisiéramos presentarles la situación de la epidemia para poder explicarles por qué creemos necesario que las personas con VIH podamos contar con esa pensión por discapacidad.

En Uruguay tenemos una epidemia de tipo concentrada que tiene una baja prevalencia en la población general, inferior al 1% y una alta prevalencia del VIH en poblaciones específicas o vulnerables superior al 5%. Hasta el año 2010 se han registrado un total de 9.210 notificaciones de casos de VIH, correspondiendo el 60% a personas de sexo masculino y el 39% a personas del sexo femenino. La epidemia está afectando cada vez más a personas jóvenes con una media de edad de 33 años para lo que se refiere a notificaciones de nuevos casos de VIH y de 38 años de edad para personas que ingresan en la etapa denominada SIDA. Los

casos de VIH predominan en el grupo de 24 a 34 años de edad, y la etapa de SIDA en el de 35 a 44 años. Se presume que en Uruguay existen entre 2.800 y 3.000 personas en tratamiento antirretroviral -aproximadamente el 35% o 40%-, cuando a nivel mundial las recomendaciones sugieren que sobre el universo de personas con VIH el 80% debería poder acceder a este tipo de tratamiento. Esto nos demuestra que en Uruguay estamos bastante lejos de esa realidad.

Consideramos que una de las razones para otorgar una pensión por discapacidad para las personas viviendo con VIH es la falta de posibilidades para acceder o mantener una fuente laboral segura o permanente al igual que una vida educativa y/o socio-cultural. Hay una realidad: vivir con VIH no nos hace personas discapacitadas, si lo analizamos fría y crudamente el discapacitado es el sistema educativo, laboral y socio-cultural que muchas veces nos expulsa, limita y no nos da las posibilidades de mantenernos o de ingresar a una fuente de trabajo digna o permanecer en igualdad de condiciones en los espacios educativos y socio-culturales por el simple hecho de tener un diagnóstico de VIH positivo.

Por otro lado, a la hora de hablar del aspecto laboral hay otra limitante muy importante como consecuencia del VIH o de las enfermedades asociadas que implica la falta o pérdida de autonomía física, mental, visual o sensorial que debilitan nuestro sistema inmunitario o situaciones provocadas por los efectos secundarios que causa el tratamiento antirretroviral. Si bien ese tratamiento es indicado para generar un efecto positivo en la salud, como aumentar el sistema de defensas y defender la carga viral, también produce efectos colaterales o secundarios como la lipodistrofia, el daño al hígado que muchas veces puede causar la muerte, malestares como gastroenterocolitis, pérdida de memoria, depresión, descalcificación ósea, dolores de cabeza, fatiga, anemia, vértigo, insomnio, mal descanso. Alguno de estos síntomas pueden darse en los primeros tiempos o semanas de comenzar el tratamiento antirretroviral o con el paso del tiempo y muchas veces, frente al cambio de tratamiento desaparecen, pero pueden aparecer otros nuevos efectos secundarios. Una de las consecuencias más vistas del efecto colateral tiene que ver con el desgaste físico de aquellas personas viviendo con VIH que han sido multitratadas, es decir, que han cambiado el tratamiento muchas veces.

Entonces, todo este proceso que genera el tratamiento antirretroviral tiene consecuencias directas en el ámbito laboral. Tanto la etapa de depresión por la que se pasa cuando conocemos el diagnóstico como la de adaptación a un tratamiento antirretroviral generan complicaciones a la hora de continuar trabajando, porque faltamos para realizarnos estudios paraclínicos, o porque tenemos que ir al médico debido a algunos de estos problemas que mencioné.

Otra cuestión que afecta nuestra permanencia en el trabajo es la discriminación que se evidencia. Está demostrado por un estudio que se presentó el 1º de diciembre del año pasado que en Uruguay el 18% de las situaciones de discriminación que se denuncian -sin tomar en cuenta las que no se denuncian- por parte de personas viviendo con VIH, se dan en el ámbito laboral; están en segundo lugar luego de las situaciones de discriminación que se evidencian en la atención en salud. Eso nos demuestra las situaciones de irregularidad que se dan por parte de empresas y/u organismos gubernamentales cuando solicitan el testeo de VIH como requisito para ingresar al trabajo, porque si el resultado de quien se postula es positivo, se le niega el ingreso a la fuente laboral. En otros casos, cuando en el ámbito laboral se conoce el diagnóstico de esta enfermedad de un trabajador, se busca la forma de despedirlo solapadamente. Como organización de personas viviendo con VIH recibimos denuncias de personas que son excelentes empleados pero que cuando la empresa conoce esta situación, busca la forma de despedirlos, no directamente diciéndoles: "Tenés VIH, te despido", sino cambiándolos de lugar de trabajo, degradándolos o buscando situaciones en las que estos excelentes empleados ya no les sirven a la empresa y los despiden. Esta es otra de las consecuencias por las que las personas muchas veces no pueden acceder al ámbito laboral.

Otra de las razones para acceder a esta pensión es el alto índice de orfandad como consecuencia del VIH SIDA porque se generan dificultades económicas que disminuyen las posibilidades de cubrir las necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes huérfanos. Ya sea que estos niños vivan o no con el VIH, si sus padres han fallecido a consecuencia del VIH o de haber estado en la etapa SIDA, estos niños padecen desnutrición, mala alimentación y otras enfermedades. Es necesario que esta pensión sirva para brindar una seguridad alimentaria, de acceso al techo y de bienestar psicosocial. En diálogo con la doctora Susana Cabrera -médica infectóloga, actualmente encargada del Programa ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública- nos decía que está clínicamente demostrado y comprobado que si una persona viviendo con VIH tiene una mala alimentación y falta de recursos económicos para su sustento, tendrá un deterioro en la salud,

lo que se va a evidenciar en la pérdida de peso y en el cambio de valores de carga viral y de población linfocitaria lo que consideramos una grave consecuencia en la calidad de vida de estas personas.

También hay otros valores que tienen que ver con que la persona que puede acceder a una buena alimentación y a un techo digno, tiene una vida buena en salud y, por ende, en buenas condiciones para lograr, entre otras cosas, una buena adherencia al tratamiento antirretroviral. Además, es imprescindible tener en cuenta que la inseguridad alimentaria y el mal estado nutricional pueden acelerar la progresión de la etapa VIH a la etapa SIDA, lo que provoca también que esas personas puedan adquirir otras enfermedades oportunistas. Eso va a generar que el VIH deteriore las posibilidades de tener y mantener una buena capacidad laboral, lo que imposibilita una buena calidad de vida.

Por eso, acceder a los alimentos y a una buena nutrición es esencial para que las personas con VIH podamos permanecer saludables y resistir durante más tiempo las infecciones oportunistas como, por ejemplo, la tuberculosis. A esto debemos sumar que las personas que toman tratamiento antirretroviral para lograr una buena adherencia deben acceder a una buena ingesta de alimentos a fin de lograr una mejor absorción de los medicamentos. Es un hecho demostrado que la pensión permite acceder a la alimentación, al techo o al descanso, lo que posibilita tener un ambiente de tranquilidad que no genera estrés porque la persona sabe cómo se va a sustentar o dónde dormirá en la noche.

¿Qué consideramos nosotros que se debería hacer teniendo en cuenta esta realidad? Antes que nada, darnos cuenta de que la normativa que permite el acceso a las pensiones por discapacidad en la órbita del Banco de Previsión Social también permite la discrecionalidad para ser aplicada de acuerdo a las autoridades de turno. Esto genera que en un momento una persona con determinados valores de carga viral pueda acceder a la pensión y, en otro, no. Por lo tanto, nosotros, como organización de personas con VIH solicitamos que se promulgue una ley que asegure el acceso a las pensiones por discapacidad del Banco de Previsión Social a las personas con VIH o SIDA, que incluya a los niños, niñas o adolescentes huérfanos a consecuencia del VIH-SIDA. Las personas beneficiarias no deben poseer otra fuente de ingresos y encontrarse en una situación de vulnerabilidad socio-económica, ya sea por no acceder a fuentes laborales, por estar imposibilitados físicamente o por carecer de vínculos familiares de sostén.

A nuestro juicio, esa ley debería considerar mejorar los criterios para la obtención de la pensión, modificando los -que actualmente- son limitantes, porque refieren a personas que por la gravedad de su estado ya no pueden trabajar. Creemos que la pensión debería tener un sentido de apoyo económico para que la persona pueda mejorar su nutrición y acceder a la vivienda, y así, tener una mejor calidad de vida a efectos de no enfermarse e ingresar en la etapa SIDA. Esto es fundamental para las personas que ya están en tratamiento antirretroviral.

Asimismo, se debe prever un proceso de articulación entre el Banco de Previsión Social y el Ministerio de Desarrollo Social para generar los controles posteriores y evitar el retiro de la pensión cuando no se brindan otras posibilidades de sostén económico. También se tiene que considerar como agravante para el otorgamiento de la pensión, la coinfección de VIH con virus de hepatitis C o B, o VIH con tuberculosis u otras. Además, se debe adecuar el nivel de linfocitos CD4 requeridos para acceder a la pensión de acuerdo con el vademécum de tratamiento y las recomendaciones para el inicio del mismo. Está demostrado que mejora la calidad de vida cuanto antes se comience el tratamiento y que si bien hasta ahora se venía manejando 200 CD4 como mínimo, se va a cambiar a 350 CD4 como mínimo.

Por otra parte, esta ley debería contemplar como agravantes las situaciones de hospitalización o internación domiciliaria. También se debe prever el otorgamiento urgente de la pensión en los casos en que las personas precisen atención o ayuda para desarrollar las actividades básicas. Además, se tiene que asegurar el acceso a pensión reducida en el caso de que la persona mejore y logre el apoyo de algún familiar o alguien del entorno social, pero, en caso de que la situación de salud mejore y no así la situación laboral o el entorno familiar y social, no se debe reducir ni retirar la pensión. Digo esto porque actualmente estamos atendiendo muchas situaciones de personas que cuentan con la pensión y, como su salud mejora, de acuerdo con la normativa vigente el Banco de Previsión Social la tiene que retirar, dejando como único apoyo una canasta del INDA de trece quilos de alimentos mensuales, que es con lo único que cuentan para poder vivir.

En ese sentido, es necesario contemplar el acceso a la pensión en forma definitoria cuando hace más de diez años que la persona vive con VIH o ha cumplido sesenta o sesenta y cinco años de edad. Además, se debe contemplar a los niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del VIH-SIDA, vivan o no con VIH, quienes

son derivados al INAU o quedan bajo la tutela de algún familiar que muchas veces carece de las posibilidades para asegurar una buena alimentación, situación que se agrava cuando el niño, la niña o el adolescente vive con VIH.

En definitiva, solicitamos esto porque la situación que estamos viviendo actualmente ha tenido como resultado la negación consecutiva de las renovaciones. Hay que tener en cuenta que la pensión es el único sustento que tienen las personas con VIH, lo que agrava su situación debido al estrés psicológico y mental que viven. Esto limita las posibilidades de acceder a la alimentación o al techo en condiciones dignas, lo que provoca un deterioro físico que genera costos altísimos para el Estado por internación o nuevos tratamientos. Además, cuando analizamos los criterios que se aplican, vemos que se castiga a la persona con VIH cuando mejora su salud, porque se le retira la pensión y no se asegura ningún otro sustento. Esto hace que las personas queden en una situación de mayor vulnerabilidad.

A través de las diferentes leyes y normativas que tiene el país se exige al Ministerio de Salud Pública que brinde el acceso a tratamientos antirretrovirales de calidad comprobada, pero no se contempla que esto no sirve de nada si no se asegura el acceso a un techo digno y alimentación de calidad. Negar el otorgamiento de la pensión o su renovación es como obligar a quien vive con VIH a que, cuando se le esté por vencer la pensión, deje de tomar la medicación para que empeore su situación clínica y poder acceder a la renovación. Esto demuestra cierta perversidad en un estado de derecho, que no asegura ni respeta las mínimas condiciones para el cumplimento del derecho a la salud en condiciones de dignidad.

Básicamente por estos motivos, solicitamos que se revea esta situación y que se entienda la gravedad de las consecuencias que tiene en la vida de las personas con VIH que están quedando sin atención o que no pueden acceder a la misma.

Muchas gracias.

SEÑORA SANSEVERINO.- Agradezco a los integrantes de AMISEU el planteo que realizaron.

El año pasado nos visitó el doctor Quian, que trabaja en el Pereira Rossell, quien nos planteó la misma inquietud con respecto a los niños. En ese sentido, se buscaba una solución que tuviera que ver con un apoyo económico para resolver la situación. Es decir que en el modelo de protección social que nosotros estamos estableciendo, estas son líneas estratégicas que van bien dirigidas a nuestro objetivo. La población con la que ustedes trabajan es de alta vulnerabilidad y tiene un lugar importante en las políticas focalizadas.

A raíz del planteo del doctor Quian y de casos que conozco de personas que tienen 59 años y que les ha pasado lo que relató el señor Naleiro, creo que debemos ir buscando alguna solución que pueda manejarse como una pensión. Probablemente esta pensión no tenga los mismos elementos que la pensión por discapacidad, que ya tiene su propio formato, sino que podría ser del estilo de la que se votó en diciembre con respecto a los huérfanos como consecuencia de la violencia doméstica. Esos menores pierden a su mamá, el papá va a la cárcel y quedan solos a cargo de familias muy humildes, por lo tanto, tienen el apoyo de una pensión y de la asignación familiar.

Para tener mayor información -puesto que este es un planteo interesante para hacer al BPS-, me gustaría saber cuántos de estos casos que usted manejó tienen pensiones, es decir, qué nivel de cobertura estamos brindando desde el Estado. Lo pregunto para tener una idea sobre cómo se presenta la situación.

SEÑOR NALERIO.- En Uruguay hay alrededor de tres mil personas con tratamiento antirretroviral. De ese universo de personas, la mayoría recibe el tratamiento desde el sector público. Además, de esas casi tres mil personas, alrededor de dos mil están en condiciones de percibir la pensión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer una consideración respecto de la condición de relatividad que planteaba el señor Nalerio, vinculada con la situación de "discapacidad" -entre comillas- de las personas que viven con VIH. Si determinadas herramientas como un sacacorchos o una tijera fueran fabricadas solamente para personas diestras, el mero hecho de ser zurdo se transformaría en una discapacidad. Es más, en una época se procuraba corregir a las personas zurdas, es decir que en lugar de modificar el contexto se las castigaba.

En realidad, las discapacidades se constituyen en relación con un entorno poco amigable u hostil. Entonces, lo que define la condición de discapacidad son las barreras, y estas barreras son físicas para una silla de ruedas y culturales para otras cosas. Eso es lo que determina la condición de discapacidad. Entonces, creo que hay que parar con esa relativización de la condición de discapacidad. Además, la discapacidad trae como consecuencia la generación de minusvalía, algo que confina a la persona que vive con discapacidad a una situación, a veces, lisa y llanamente de exclusión o de marginalidad. Eso termina alimentando un sustrato cultural que determina una apelación -en el mejor de los casos- a la lástima, disfrazada muchas veces de solidaridad.

Por otra parte, debo decir que el otorgamiento de las pensiones es una posibilidad que no tiene el Parlamento porque es una iniciativa privativa del Poder Ejecutivo. Nosotros no tenemos capacidad de proponer un proyecto de ley para otorgar pensiones.

Otra cosa es lo que sucede con los individuos que requieren la atención de otras personas. La Ley Nº 18.651, sobre discapacidad, tiene previsto en su artículo 25 el otorgamiento de una asistencia por parte del BPS para los cuidadores. El problema es que esa ley lleva cuatro años de aprobada y nunca se terminó de reglamentar. Además, tiene una contra. Se ha anunciado la implementación de un Sistema Nacional de Cuidados que tendría en cuenta el cuidado de los niños, de los viejos y de las personas con discapacidad pero, como se plantea como una alternativa del artículo 25, no se puede terminar de cumplir con una ley que está aprobada -que es de Derecho Positivo- y que el Poder Ejecutivo no se decide a reglamentar.

En todo caso, podemos trasladar esta inquietud al Banco de Previsión Social y al Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR NALERIO.- Agradezco lo que han expresado.

En realidad, la explicación del concepto de que las personas con VIH no somos discapacitados no busca relativizarlo. De todas maneras, quienes vivimos con VIH no queremos que se nos considere personas totalmente discapacitadas. Por otra parte, la realidad demuestra que si bien quienes vivimos con VIH somos discapacitados por esas barreras sociales y culturales que se generan y que nos limitan muchas veces, no se hace nada para cambiar ese tipo de situaciones. Se nos puede pedir que no lo relativicemos, pero nosotros queremos ver que se están haciendo cosas para cambiar esas barreras que nos transforman en personas discapacitadas. No lo digo por el VIH porque yo vivo con la enfermedad hace diez años y puedo trabajar. Sin embargo, si me presento a un trabajo -siendo un activista y una persona con VIH-, no me lo dan porque saben que vivo con VIH, aunque mis conocimientos me permitirían acceder a él. Además, en Uruguay -como en muchas otras partes del mundo- no se están haciendo cosas para cambiar esa realidad cuando hablamos de discapacidad.

Como personas que vivimos con VIH y que asesoramos a otras personas que viven estas situaciones -que no están en condiciones de presentarse aquí porque pasan por situaciones calamitosas; como parte de un Estado de derecho habría que empezar a hacer cosas para cambiar esa realidad-, creo que tendremos que empezar a vivir de otra forma.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a nuestros invitados por su participación.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación de Minorías Sexuales del Uruguay, AMISEU)

—— Debemos decidir si se va a enviar la versión taquigráfica de esta parte de la sesión al Banco de Previsión Social y al Ministerio de Salud Pública, y lo referente a las delegaciones anteriores a ASSE.

Se va a votar.

(Se vota)

—— Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Por último, debo informar que recibí la nota del señor Diputado Chiesa Bruno relativa a la convocatoria al señor Ministro de Salud Pública por los hechos de pública notoriedad en el ámbito de la salud. En ese sentido, me preocupé por contactarme con la Presidencia de la Comisión de Salud Pública del Senado para

ver si hacíamos una convocatoria conjunta, y a media tarde me llamó el señor Senador Astori para comunicarme que el señor Ministro requería ser recibido por el Parlamento. En ese contexto, hablé con el señor Senador Moreira y se propuso la convocatoria para el próximo jueves.

Se va a votar.

(Se vota)

—— Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se levanta la reunión.